

69,1% và thấp nhất là nhu cầu các cố vấn tâm linh hỗ trợ giải quyết những thắc mắc về tâm linh chiếm 67,6%. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với kết quả của trong nghiên cứu của Lalić đã chỉ ra rằng đối với những bệnh nhân giai đoạn 3-4 tỷ lệ nhu cầu hỗ trợ tâm linh là 71,1 đối với nữ và 24,4 đối với nam [8]. Từ kết quả trên cho thấy nhu cầu hỗ trợ tâm linh của người bệnh ung thư phổi chiếm tỷ lệ khá cao.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 204 người bệnh ung thư phổi được điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của NB ung thư về tài chính phúc lợi xã hội cao nhất chiếm 94,1%; về thông tin y tế chiếm 85,3%; về thể chất chiếm 76%; về tự làm chủ các hoạt động bản thân chiếm 90,2%; về các hoạt động hàng ngày chiếm 87,3%; về giai tiếp quan hệ xã hội chiếm 86,8%; về tâm lý chiếm 74,5%; thấp nhất là nhu cầu về tâm linh chiếm 66,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo tổng kết năm 2023, Trung tâm Ung

- bướu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. 2023
2. Nguyễn Bá Đức (2006), Nghiên cứu dịch tễ học, chẩn đoán, điều trị, phòng chống một số bệnh ung thư ở Việt Nam (vú, gan, dạ dày, phổi, máu), in Báo cáo tổng kết khoa học kỹ thuật đề tài cấp nhà nước.
 3. Quyết định Số: 183/QĐ-BYT, Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ. 2022.
 4. Trần Thị Liên (2019), "Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Trung tâm Ung Bướu – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019". Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
 5. Đỗ Thị Thảo (2018), "Đánh giá nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ và các yếu tố liên quan của người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại bệnh viện K Trung ương năm 2018", Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
 6. Vũ Đình Sơn (2022), "Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư tại trung tâm ung bướu bệnh viện trung ương Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan", tập 5 số 2. Khoa học Điều dưỡng,
 7. Health, R.C.f.R.P.a., Report on needs assessment for communication in community cancer control at Ha Noi, Hue and Ho Chi Minh City, Ha Noi. 2010.
 8. Lalić, N., et al. "Hỗ trợ tinh thần như một phần của chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân ung thư phổi." Medicinski preglad 71.suppl. 1 (2018): 37-43.

CARCINOMA DẠNG TUYẾN NANG NGUYÊN PHÁT CỦA KHÍ QUẢN: CA LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Mai Văn Tuấn¹, Nguyễn Khắc Kiềm¹, Nguyễn Văn Lợi¹
Vũ Minh Tuấn¹, Nguyễn Đình Đạt²

TÓM TẮT

Ung thư khí quản nguyên phát rất hiếm gặp, với tỷ lệ mắc hàng năm khoảng 1.4 trên 1.000.000 người, trong đó chỉ 16% là carcinoma dạng tuyến nang (ACC: Adenoid Cystic Carcinoma). Khoảng 80% các khối u xuất phát từ khí quản là ác tính, với tỷ lệ này cao hơn ở người trưởng thành. Chẩn đoán thường bị muộn do triệu chứng giống hen phế quản hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD). Biểu hiện lâm sàng có thể tiến triển nhanh chóng khi đường thở bị tắc nghẽn nghiêm trọng, yêu cầu can thiệp cấp cứu. Chẩn đoán chính xác dựa trên nội soi khí quản và chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ. Điều trị triệt căn bao gồm phẫu thuật cắt đoạn khí quản, có thể kết hợp với xạ trị hỗ trợ nếu cần thiết. Tuy nhiên, chỉ khoảng 40% bệnh nhân đạt được phẫu thuật triệt căn hoàn toàn do khối

u thường lan dưới lớp hạ niêm mạc. Xạ trị hỗ trợ đặc biệt quan trọng ở những bệnh nhân có di căn dương tính sau phẫu thuật. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng của một bệnh nhân nữ 36 tuổi được chẩn đoán carcinoma dạng tuyến nang nguyên phát khí quản, vào viện trong tình trạng cấp cứu do tắc nghẽn đường thở, và được phẫu thuật cắt đoạn khí quản với miệng nối tận-tân.

Từ khoá: Carcinoma dạng tuyến nang; ung thư khí quản nguyên phát; Phẫu thuật cắt khí quản.

SUMMARY

PRIMARY ADENOID CYSTIC CARCINOMA OF THE TRACHEA: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Primary tracheal malignancies are exceedingly rare, with an incidence of 1.4 per million people per year, and only 16% of these cases are adenoid cystic carcinoma (ACC). About 80% of tracheal tumors are malignant, with a higher incidence in adults. Diagnosis is typically delayed because symptoms often mimic those of asthma or chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Clinical presentation can quickly become life-threatening due to airway obstruction, requiring emergency intervention. Diagnosis is

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Văn Tuấn

Email: maituan115@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

confirmed via bronchoscopy, computed tomography (CT), or magnetic resonance imaging (MRI). Definitive treatment involves tracheal resection, sometimes combined with adjuvant radiation therapy. However, complete resection is only achieved in about 40% of cases due to submucosal tumor invasion. Adjuvant radiation therapy is particularly important in patients with positive surgical margins. We present a case of a 36-year-old female diagnosed with primary adenoid cystic carcinoma of the trachea, who presented in an emergency condition due to airway obstruction, and was treated with segmental tracheal resection and end-to-end anastomosis.

Keywords: adenoid cystic carcinoma; Trachea cancer; segment tracheal resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

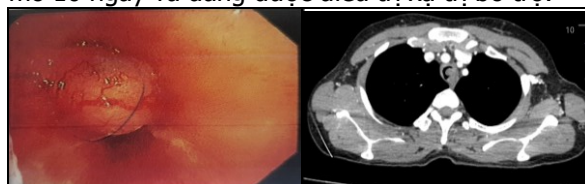
Ung thư khí quản nguyên phát là bệnh lý cực kỳ rất hiếm với tỷ lệ gặp hàng năm chỉ 1.4/1.000.000 và chỉ 16% trong số đó là carcinoma dạng tuyến nang.¹ Thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất của ung thư khí quản là carcinoma tế bào vảy (SCC) và carcinoma dạng tuyến nang (ACC).^{1,2} Trong khi ung thư biểu mô tế bào vảy thường gặp ở đoạn xa của khí quản thì ACC thường ở đoạn gần của khí quản.³ ACC thường tiến triển chậm, với thời gian trung bình từ lúc xuất hiện triệu chứng đến khi được chẩn đoán là khoảng một năm. Phẫu thuật triệt căn là phương pháp điều trị chính cho ACC, tuy nhiên, do tính chất lan tràn dưới hạ niêm mạc của khối u, chỉ một số ít bệnh nhân có thể đạt được diện cắt âm tính sau phẫu thuật. Vai trò của xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật, đặc biệt là với diện cắt dương tính, vẫn đang được nghiên cứu nhưng có thể đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát bệnh tại chỗ và giảm nguy cơ tái phát.

Chúng tôi báo cáo một ca lâm sàng hiếm gặp của một bệnh nhân nữ 36 tuổi được chẩn đoán ACC nguyên phát của khí quản trong tình trạng cấp cứu do tắc nghẽn đường thở nghiêm trọng. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt đoạn khí quản và nối tận-tận, sau đó tiếp tục được xạ trị bổ trợ do diện cắt dương tính. Trường hợp này cho thấy tầm quan trọng của việc phát hiện và điều trị kịp thời trong các bệnh lý ung thư khí quản hiếm gặp.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 36 tuổi, nhập viện trong tình trạng khó thở, thở rít liên tục. Trên nội soi khí quản thấy đoạn 1/3 giữa cổ tổn thương u sùi chiếm gần hết chu vi lòng khí quản (Hình 1). Cắt lớp vi tính lồng ngực: u kích thước 2cm dạng polyp, gây hẹp >50% khẩu kính khí quản, chưa xâm lấn ngoài thành (Hình 2). Bệnh nhân được xử trí cấp cứu: mở khí quản, cắt u qua nội soi khí quản, đặt T-Tube. Trên hình ảnh nội soi khí

quản, khối u cách carina 2cm, xâm lấn thành trái khí quản trên đoạn dài 2cm. Giải phẫu bệnh sau mổ là carcinoma dạng tuyến nang (ACC) nguyên phát của khí quản. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn khí quản chứa u dài 3cm, không kèm theo vét hạch với đường mổ cổ-ngực có cắt một phần xương ức (Hình 3-4). Diện cắt trên carina 1cm và thực hiện miện nối tận-tận. Giải phẫu bệnh sau mổ: carcinoma dạng tuyến nang độ II lan tràn dưới hạ niêm mạc, xâm nhập thần kinh, diện cắt dương tính. Miệng nối liền tốt trên nội soi khí quản 1 tuần sau mổ. Bệnh nhân ra viện sau mổ 10 ngày và đang được điều trị xạ trị bổ trợ.



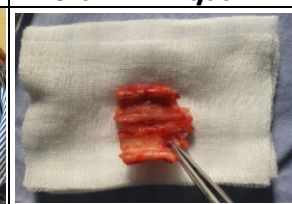
Hình 1: U trên nội soi khí quản chiếm gần hết chu vi lòng khí quản



Hình 2: U trên CT ngực chiếm >50% chu vi lòng khí quản, chưa xâm lấn ngoài thành khí quản



Hình 3: Đường mổ cổ



Hình 4: Đoạn khí quản chứa u dài 3cm

III. BÀN LUẬN

Carcinoma tuyến nang (ACC) của khí quản là một dạng ung thư hiếm gặp, trước đây còn được gọi là ung thư biểu mô hình trụ (cylindroma carcinoma) hoặc carcinoma biểu mô tuyến nang. Tỷ lệ ung thư khí quản chỉ khoảng 1,4 ca trên 1.000.000 người mỗi năm, trong đó chỉ 16% là ACC.¹ Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc ACC không có khuynh hướng về giới tính, với độ tuổi trung bình gặp từ 40-50 tuổi, thuốc lá không phải yếu tố nguy cơ.^{1,2} Bệnh nhân thường biểu hiện các triệu chứng như ho, khó thở và thở rít, dễ bị chẩn đoán nhầm với hen suyễn trong thời gian dài trước khi được xác định đúng bệnh.³

ACC là khối u không có vỏ, lan tràn chủ yếu bằng cách xâm lấn trực tiếp ở lớp hạ niêm mạc hoặc thần kinh ngoại biên, lan theo chiều dọc của khí quản.⁴ Di căn hạch ít gặp trong ACC, nhưng di căn xa theo đường máu có thể xuất hiện ở khoảng 50% các trường hợp, trong đó phổi là vị trí di căn phổ biến nhất, sau đó là

xương, gan, và thương thận.⁵ Trên phim CT ngực, ACC thường xuất hiện dưới dạng một khối mô mềm trong lòng khí quản, lan dọc theo thành khí quản và gây dày thành do xâm lấn vào lớp hạ niêm mạc.³ MRI có thể tốt hơn CT trong đánh giá mức độ lan tràn ở lớp hạ niêm mạc cũng như xâm lấn ngoài thành khí quản, từ đó ảnh hưởng tới quyết định điều trị.

Phương pháp điều trị chính cho ACC là phẫu thuật cắt bỏ triệt căn phần khí quản bị ảnh hưởng và khâu nối tận-tận. Độ dài tối đa của đoạn khí quản có thể cắt bỏ phụ thuộc vào các yếu tố như tuổi, giới tính và thể trạng của bệnh nhân. Nhiều báo cáo công bố, chiều dài tối đa có thể lên tới 6cm (50% chiều dài khí quản) khi sử dụng các phương pháp như: cố định đầu, giải phóng dây chằng phổi và tĩnh mạch đến thùy trên và thùy giữa phổi, giải phóng cung động mạch chủ và cắt dây chằng Botallli, giải phóng carina, cắt các cơ trên móng,... giúp giảm thiểu tối đa tình trạng căng miệng nối. Để đảm bảo miệng nối liền tốt, ngoài việc đảm bảo miệng nối không căng thì bảo tồn được các nhánh cấp máu cho khí quản là vô cùng quan trọng. Có nhiều biến đổi giải phẫu trong động mạch nuôi khí quản, thông thường xuất phát từ 3 nhóm chính: động mạch giáp dưới, động mạch khí quản-thực quản và động mạch phế quản. Các nhánh động mạch đi vào thành khí quản vị trí sau bên và liên kết với nhau thành một mạng lưới dưới niêm mạc. Trong quá trình phẫu tích tránh làm tổn thương nhánh này để đảm bảo cấp máu cho miệng nối tốt nhất. Vết hạch hệ thống không được khuyến cáo để giảm nguy cơ tổn thương các nhánh mạch nuôi khí quản.¹ Cắt lạnh diện cắt trên và dưới nên được thực hiện đến khi âm tính trừ khi cắt thêm không an toàn khi làm miệng nối khí quản.

Giải phẫu bệnh cho thấy có tới 59% các trường hợp ACC không đạt được diện cắt âm tính trên đại thể và vi thể do sự lan tràn của khối u theo chiều dài khí quản.¹ Tuy nhiên, một số nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ sống thêm không có sự khác biệt rõ rệt giữa các trường hợp có và không đạt diện cắt âm tính. Tuy nhiên, một số nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ sống thêm không có sự khác biệt rõ rệt giữa các trường hợp có và không đạt diện cắt âm tính.⁶ Nghiên cứu khác của Gaissert lại cho thấy tỷ lệ sống không tiến triển (PFS) tốt hơn ở những trường hợp có diện cắt âm tính.⁷ Thời gian sống trung bình đối với ACC có xâm lấn hạch và thần kinh ngoại biên chỉ còn khoảng 6,1 năm.¹

Xạ trị được cân nhắc trong trường hợp khối u không thể phẫu thuật được do lan rộng tại

chỗ, liều xạ thường được áp dụng là 66G-70Gy với xạ 3D-CRT. Bởi vì tính chất của ACC thường lan tràn theo chiều dài nên tác giả Kaminski đã đề xuất mở rộng trường xạ trên và dưới khối u thô 4-5cm.⁸ Xạ trị có thể giúp kiểm soát tại chỗ từ 20-70%, nhưng hiệu quả của xạ trị hỗ trợ vẫn còn chưa rõ ràng. Nghiên cứu của Gaissert trên bệnh nhân ACC được xạ trị đơn thuần, tỷ lệ sống thêm lần lượt là 52% và 29% tại thời điểm 5 năm và 10 năm.⁷ Một số nghiên cứu cho thấy xạ trị hỗ trợ chỉ có lợi trong trường hợp diện cắt dương tính. Thời gian khuyến cáo để bắt đầu xạ trị hỗ trợ là từ 1-2 tháng sau phẫu thuật, sau khi đã nội soi khí quản để đánh giá tình trạng miệng nối. Liều xạ thông thường là 54 Gy với phương pháp xạ 3D, có thể cân nhắc tăng lên 60 Gy khi sử dụng kỹ thuật xạ điều biến liều (IMRT). Theo một số ít nghiên cứu thì điều trị hoá chất không có hiệu quả trong thể giải phẫu bệnh ACC của khí quản.

IV. KẾT LUẬN

ACC là một khối u ác tính hiếm gặp của khí quản với biểu hiện lâm sàng dễ nhầm lẫn với hen phế quản. Phẫu thuật triệt căn, kết hợp với xạ trị hỗ trợ khi cần, là phương pháp điều trị chính giúp cải thiện tỷ lệ sống sót của bệnh nhân. Đối với các trường hợp không thể phẫu thuật, xạ trị đơn thuần có thể giúp kiểm soát bệnh tại chỗ và kéo dài thời gian sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Madariaga MLL, Gaissert HA.** Overview of malignant tracheal tumors. *Ann Cardiothorac Surg.* 2018;7(2): 244-254. doi:10.21037/acs.2018.03.04
2. **Djaković Ž, Janevski Z, Cesarec V, Slobodnjak Z, Stančić-Rokotov D.** Adenoid cystic carcinoma of distal trachea: a case report. *Acta Clin Croat.* 2019;58(4):777-779. doi:10.20471/acc.2019.58.04.27
3. **Marjany ME, Arsalane A, Sifat H, et al.** Primary adenoid cystic carcinoma of the trachea: a report of two cases and literature review. *Pan Afr Med J.* 2014;19. doi:10.11604/pamj.2014.19.32.4878
4. **Le Péchoux C, Baldeyrou P, Ferreira I, Mahé M.** [Thoracic adenoid cystic carcinomas]. *Cancer Radiother J Soc Francaise Radiother Oncol.* 2005; 9(6-7): 358-361. doi:10.1016/j.canrad.2005.07.010
5. **Suemitsu R, Okamoto T, Maruyama R, Wataya H, Seto T, Ichinose Y.** A long-term survivor after aggressive treatment for tracheal adenoid cystic carcinoma: a case report. *Ann Thorac Cardiovasc Surg Off J Assoc Thorac Cardiovasc Surg Asia.* 2007;13(5):335-337.
6. **Maziak DE, Todd TR, Keshavjee SH, Winton TL, Van Nostrand P, Pearson FG.** Adenoid cystic carcinoma of the airway: thirty-two-year experience. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1996; 112(6):1522-1531; discussion 1531-1532.

doi:10.1016/S0022-5223(96)70011-9

7. **Long-term survival after resection of primary adenoid cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina - PubMed.** Accessed June 12, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15560996/>

8. **Kaminski JM, Langer CJ, Movsas B.** The role of radiation therapy and chemotherapy in the management of airway tumors other than small-cell carcinoma and non-small-cell carcinoma. *Chest Surg Clin N Am.* 2003;13(1):149-167. doi:10.1016/s1052-3359(02)00040-6

KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU GHEP GAN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH CỬA

Ninh Việt Khải¹, Hoàng Tuấn¹, Dương Đức Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kinh nghiệm bước đầu và đánh giá kết quả ghép gan ở bệnh nhân xơ gan có huyết khối tĩnh mạch (TM) cửa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu các bệnh nhân được ghép gan do xơ gan huyết khối TM cửa tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 01/2021 – 6/2024. **Kết quả:** Có 2 bệnh nhân trong số 34 bệnh nhân được ghép gan trong thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân số 1 là bệnh nhân nam, 54 tuổi được chẩn đoán là xơ gan do rượu có biến chứng tăng áp lực tĩnh cửa (Giãn TM thực quản độ II, lách to) – Huyết khối bán phần TM cửa la (loại 2 theo Yerdel và loại 1 theo Jamieson) với điểm MELD 7 điểm và Child-Pugh A (5 điểm) và bệnh nhân số 2 là bệnh nhân nam, 42t được chẩn đoán xơ gan do viêm gan B có biến chứng tăng áp lực TM cửa (Giãn TM thực quản độ II đã được thắt vòng cao su, lách to) – Huyết khối bán phần TM cửa (loại 1 theo cả Yerdel và Jamieson) với điểm MELD 10 điểm, Child-Pugh A (5 điểm). Cả 2 bệnh nhân được ghép gan từ người cho chết não, được lấy tối đa huyết khối TM cửa và được tái lưu thông TM cửa bằng miệng nối tận – tận. 2 bệnh nhân có diễn biến lâm sàng thuận lợi sau ghép, ra viện sau 28 ngày, không gặp bất kỳ biến chứng gì sau ghép. hiện tại ổn định tại thời điểm sau ghép lần lượt là 24 và 14 tháng. **Kết luận:** Ghép gan cho bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM cửa có thể thực hiện an toàn với kết quả tốt. Tuy nhiên cần đánh giá đúng mức độ tổn thương để có kế hoạch điều trị trước mổ, trong mổ và sau mổ hợp lý giúp cải thiện kết quả lâu dài của bệnh nhân.

Từ khóa: Huyết khối TM cửa, ghép gan

SUMMARY

INITIAL EXPERIENCE OF LIVER TRANSPLANTATION FOR LIVER CIRRHOSIS PATIENTS WITH PORTAL VEIN THROMBOSIS

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics, initial experience and evaluate the results of liver transplantation in patients with cirrhosis

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

and portal vein thrombosis. **Methods:** Retrospective study of all patients who underwent liver transplantation due to cirrhosis with portal vein thrombosis at Viet Duc Hospital from January 2021 to June 2024. **Results:** There were 2 patients out of 34 patients who underwent liver transplantation during the study period. Patient 1 is a 54-year-old male diagnosed with alcoholic cirrhosis with complications of portal hypertension (grade II esophageal varices, splenomegaly) - Partial portal vein thrombosis (type 2 according to Yerdel classification, type 1 according to Jamieson classification) with MELD score of 7 points and Child-Pugh A (5 points) and patient 2 is a 42-year-old male diagnosed with hepatitis B cirrhosis with complications of portal hypertension (grade II esophageal varices with rubber band ligation, splenomegaly) - Partial portal vein thrombosis (type 1 according to both Yerdel and Jamieson classification) with MELD score of 10 points, Child-Pugh A (5 points). Both patients received liver transplants from brain-dead donors, portal vein thrombosis was removed and the portal vein was revascularized by end-to-end anastomosis. The two patients had a favorable clinical course after transplantation, were discharged after 28 days, and did not have any posttransplanted complications. currently stable at 24 and 14 months post-transplant, respectively. **Conclusion:** Liver transplantation for liver cirrhosis with portal vein thrombosis can be performed safely with good results. However, it is necessary to properly assess the extent of lesion to have a reasonable pre-operative, intra-operative and post-operative treatment strategies to improve the long-term results of patients.

Keywords: liver transplantation, portal vein thrombosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối TM cửa gặp ở bệnh nhân xơ gan tại thời điểm đánh giá ghép gan hoặc trong ghép gan khác nhau ở từng nghiên cứu, dao động từ 5%-26% [1]. Huyết khối TM cửa xuất hiện mới trong vòng 1 năm theo dõi ở bệnh nhân xơ gan từ 3,7% - 17,9% và tổn thương xơ gan và mức độ tăng áp lực TM cửa càng nặng thì tần suất gặp huyết khối TM cửa càng cao [2]. Trong cơ chế bệnh sinh của huyết khối TM cửa thì có 3 yếu tố chính thường được nói đến tạo ra 3 đỉnh của tam giác Virchow; sự ứ trệ, tổn thương